

FERNANDA GÜNTHER RAMOS

**FATORES PREDITIVOS DE ÓBITO EM PACIENTES
INTERNADOS POR HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a conclusão
do Curso de Graduação em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2003**

FERNANDA GÜNTHER RAMOS

**FATORES PREDITIVOS DE ÓBITO EM PACIENTES
INTERNADOS POR HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a conclusão
do Curso de Graduação em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Édson José Cardoso

Orientador: Prof. Dr. Otávio Galvão Filho

Co-orientador: Prof. Dra. Esther Buzaglo Dantas Corrêa

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2003

Ramos, Fernanda Günther.
Fatores preditivos de óbito em pacientes internados por Hemorragia Digestiva Alta no Hospital Universitário – Universidade Federal de Santa Catarina /
Fernanda Günther Ramos. - Florianópolis, 2003
33p.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Santa Catarina – Curso de Graduação em Medicina.

1. Doenças 2. Hemorragia. 3. Óbito. I. Título.

AGRADECIMENTOS

Agradeço com todo o meu amor a meus pais **HERIBERTO BASILIO RAMOS JÚNIOR** e **SUELY GÜNTHER RAMOS**, pelo companheirismo, amor e confiança.

Aos avós **ERNEST OSWALD GÜNTHER** e **LÍDIA GÜNTHER**, **HERIBERTO BASILIO RAMOS** e **NOEMIA FREITAS RAMOS** sempre tão carinhosos e cuidadosos, que muito contribuíram para a minha formação. Em especial a **NOEMIA FREITAS RAMOS**, mãe e avó dedicada, de quem muito me orgulho.

À querida tia **HILMA HARGER**, sempre tão perto em todos os momentos.

A **MARCOS EDUARDO TEIXEIRA**, meu namorado, companheiro de todas as horas, amigo, incentivador. Agradeço pela paciência e compreensão por todos os momentos de ausência durante a execução deste trabalho.

As palavras de incentivo, críticas, conversas, risadas agradeço a **LIGIA DE ALMEIDA GAMA**, **LUCIANA GOULART DA SILVEIRA**, **KARIN HEDWIG STRICKER**, **CRISTIANE EYNG**, **DENISE CAON DE SOUZA**, **CARLA FEIX**, **PATRÍCIA BARETTA** e **JULIANA SCHMITZ** pela amizade para toda vida e por todos os momentos durante o curso.

À Dra **ESTHER B. DANTAS CORRÊA** pela orientação deste trabalho.

Ao Professor Dr. **EMIL KUPEK**, do Departamento de Saúde Pública pelo estudo estatístico tornando possível a finalização do mesmo.

Aos funcionários do HU pelo apoio durante a pesquisa, em especial a **MARIA GORETE MONTEGUTI SAVI**.

Aos pacientes, que mesmo adoentados responderam aos meus questionamentos, permitindo que a concretização deste trabalho fosse possível.

SUMÁRIO

RESUMO v

SUMMARY..... vi

1. INTRODUÇÃO..... 1

2. OBJETIVO 4

3. MÉTODO..... 5

 3.1 CASUÍSTICA 5

 3.2 PROCEDIMENTOS 6

 3.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA 6

4. RESULTADOS..... 8

5. DISCUSSÃO 20

6. CONCLUSÃO 24

NORMAS ADOTADAS..... 25

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 26

APÊNDICE 30

ANEXO..... 33

RESUMO

A hemorragia digestiva alta (HDA) é causa freqüente de internação hospitalar, apresentando amplo espectro de gravidade. A identificação de pacientes potencialmente graves é de fundamental importância no atendimento de emergência. Este estudo visa identificar e analisar, dentre as características clínicas, laboratoriais e endoscópicas estudadas, quais podem prever o óbito dos pacientes admitidos com HDA. Duzentos e setenta e quatro pacientes admitidos com diagnóstico de HDA no Serviço de Emergência do Hospital Universitário-UFSC, entre janeiro de 1999 e novembro de 2002 foram incluídos no estudo. Foram analisados dados de anamnese, exame físico, valores laboratoriais e aspectos observados à endoscopia digestiva alta (EDA), bem como a evolução do paciente durante a internação até a alta. Submeteu-se estes dados a análise estatística com regressão linear univariada, e as variáveis significativas foram submetidas a regressão linear multivariada. A manifestação inicial mais comum de sangramento foi hematêmese associada a melena. A EDA realizada em 90,9% dos pacientes, os achados endoscópicos mais comuns foram varizes esofágicas (33,3%) e úlcera gástrica (27%), enquanto as causas mais comuns de HDA foram úlcera gástrica (24%), varizes esofágicas (20,5%) e úlcera duodenal (15,2%). A complicação mais comum foi ressangramento (23%). A escleroterapia foi realizada em 24% dos pacientes, 3,7% foram submetidos a cirurgia e 7,7% internados em UTI. A mortalidade global foi de 14%. Infecção do trato urinário à admissão, varizes de fundo gástrico, insuficiência renal como complicação e ressangramento foram isoladamente identificados como fatores preditivos de óbito em pacientes portadores de hemorragia digestiva alta no Hospital Universitário-UFSC.

SUMMARY

Upper gastrointestinal hemorrhage is a common cause of admission to hospitals, showing a large spectrum of seriousness. The identification of potentially serious patients is fundamental in emergency care. This study aims to identify and analyze, among clinical, laboratorial and endoscopic characteristics, which can predict mortality in patients with upper GI hemorrhage. Two hundred seventy four patients admitted to the emergency room of the university hospital-UFSC with upper GI hemorrhage, between January 1999 and November 2002, were included in the study. Data from clinical history, physical examination, laboratory tests results and upper endoscopy aspects were analyzed, as well as the patient's evolution from admission to discharge. Data were submitted to statistical analysis with univariable linear regression, and the statistically significant variables were submitted to multivariable linear regression. The most common initial bleeding manifestation was haematemesis associated with melena (35%). Upper endoscopy was done in 90.9 % of the patients. The most common endoscopic findings were esophageal varices (33.3%) and gastric ulcer (27%), while the most common causes of upper GI bleeding were gastric ulcer (24%), esophageal varices (20.5%) and duodenal ulcer (15.2%). The most common complication was rebleeding (23%). Sclerotherapy was done in 24% of the patients, 3.7% needed surgery and 7.7% needed admission to the Intensive Care Unit. The mortality rate was 14%. In the multivariable analysis, urinary tract infection at admission, acute renal failure, gastric varices in upper endoscopy and rebleeding were most statistically significant factors predicting mortality of the studied patients.

1. INTRODUÇÃO

Hemorragia Digestiva Alta (HDA) pode ser definida como sangramento digestivo intraluminal proximal ao ângulo de Treitz, abrangendo desde esôfago superior ao duodeno.¹

Considerada uma emergência médica comum em todo o mundo e importante problema em saúde pública, é responsável por cerca de 50 a 150 internações hospitalares por 100.000 habitantes nos EUA anualmente.^{2,3} Sua incidência aumenta com a idade, acometendo aproximadamente 1% dos pacientes com mais de 60 anos ao ano e acarretando grande morbimortalidade nesta faixa etária.^{3,4,5} Dois em cada 1000 pacientes por ano, em uso de ácido acetil-salicílico, serão acometidos por sangramento digestivo.⁵

Recomenda-se a realização da endoscopia digestiva alta (EDA) nas primeiras 24 horas da admissão em pacientes com suspeita de HDA em unidades hospitalares, apresentando acurácia diagnóstica média de 78%, além de auxiliar, quando possível no tratamento.^{6,7,8} Úlcera péptica, lesão aguda da mucosa gastroduodenal (LAMGD), varizes de esôfago, esofagites, lacerações da Mallory-Weiss, neoplasias e lesões de Dieulafoy são causas freqüentes de HDA, sendo que sua freqüência varia conforme a população estudada a faixa etária, situação sócio econômica, consumo de álcool e medicamentos.^{1,9,10,11}

Pacientes usuários de antiinflamatórios não hormonais possuem quatro vezes mais chances de apresentar HDA.¹² Revestimentos de liberação entérica parecem não proteger contra o sangramento digestivo e o uso profilático de bloqueadores H2 não favorece uma melhor evolução dos pacientes com HDA.¹³

A HDA pode cursar com repercussões clínicas desde anemia ferropriva secundária a sangramento oculto até choque hipovolêmico. Pode exterioriza-se na forma de hematêmese, melena (eliminação de sangue digerido pelas fezes) e/ou enterorragia (eliminação de sangue vermelho vivo ou de coágulos pelo intestino).¹

Assim como a apresentação clínica, a gravidade é extremamente variável, dependendo da etiologia e volume do sangramento, idade do paciente, comorbidades, tempo entre o início dos sintomas e admissão hospitalar.^{1,14}

A HDA pode ser classificada, segundo a apresentação clínica e repercussão hemodinâmica, em maciça, moderada ou discreta. É maciça, quando a HDA é volumosa, a pressão arterial sistólica encontra-se abaixo de 90 mmHg, a frequência cardíaca acima de 100 b.p.m. e perdas sangüíneas estimadas acima de 2.000ml ou de 40% da volemia. Moderada, quando exterioriza-se com repercussão hemodinâmica discreta, pressão arterial sistólica acima de 90 mmHg, frequência cardíaca abaixo de 100 b.p.m. e perdas sangüíneas abaixo de 1.500 ml ou de 20 a 40% da volemia. Discreta, quando não há repercussão hemodinâmica, as perdas sangüíneas são inferiores a 1.000 ml ou de, no máximo, 20% da volemia.¹⁵

Quanto a evolução, oitenta por cento dos sangramentos cessam espontaneamente com tratamento clínico e vinte por cento dos pacientes necessitam abordagem cirúrgica.¹⁶

Vários avanços ocorreram no diagnóstico e tratamento da HDA. Melhor compreensão dos mecanismos patogénéticos dos sangramentos gastrointestinais altos (descoberta e tratamento do *H. pylori*), fibroendoscopia e antagonistas H2 na década de 70; esclerose via endoscópica na década de 80 e atualmente bloqueadores de bomba e suporte terapêutico em centros de tratamento intensivo para pacientes graves.^{14,16} Apesar dos avanços obtidos, a mortalidade permanece inalterada desde 1945, mantendo-se em várias séries americanas e européias de 3- 15 %, ^{1,3} oscilando em torno de 10 %^{17,18}. "Uma explicação para tal fato seria a capacidade da medicina atual em manter vivos pacientes com moléstias graves e, conseqüentemente com maior potencial hemorrágico" assim como o aumento da população idosa, portadora de comorbidades, usuária de antiinflamatórios não hormonais e que tolera mal quaisquer perdas sangüíneas.¹⁵

Os custos de um paciente internado com úlcera péptica e HDA nos Estados Unidos, giram em torno de US\$5.000,00/ internação.¹⁹ O custo diário de paciente UTI varia entre US\$ 2151,00 e US\$2456,00 caindo para valores diários entre US\$ 162,00 e US\$ 608,0, quando se utilizam cuidados semi-intensivos ou mesmo hospitalares convencionais em pacientes com risco baixos para complicações.²⁰

Visando reduzir a morbimortalidade e custos vários estudos vêm tentando identificar fatores de risco prognósticos, analisando diferentes populações. Fatores clínicos e endoscópicos são utilizados para tal, entre eles, idade, comorbidades associadas à HDA, presença de choque ou hipotensão persistente, diagnóstico etiológico da admissão, forma de exteriorização da HDA, uso de antiinflamatórios não esteroidais e

anticoagulantes orais, tamanho da úlcera, níveis séricos de hemoglobina na admissão, achados de EDA, ressangramento e necessidade de transfusão sanguínea.^{4,14}

Fatores de prognóstico favorável também são citados: idade inferior a 75 anos, sem comorbidade descompensada, ausência de ascite detectada ao exame físico, tempo de atividade da protrombrina dentro dos parâmetros da normalidade, pressão arterial sistólica maior ou igual a 100 mm Hg , aspirado gástrico sem sangue.³

Dada a imprevisibilidade da evolução do quadro hemorrágico, todo o paciente com hemorragia digestiva alta não-oculta deve ser considerado como portador de patologia de alto risco e hospitalizado, para acompanhamento clínico-cirúrgico e elucidação diagnóstica.¹⁵

2.OBJETIVO

Analisar fatores clínicos, laboratoriais e endoscópicos, de significância prognóstica para o óbito, em um grupo de pacientes admitidos com diagnóstico inicial de Hemorragia Digestiva Alta, no Serviço de emergência do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC) no período de 1 de janeiro de 1999 a 1 de novembro de 2002.

3. MÉTODO

3.1 CASUÍSTICA

Foram entrevistados 301 pacientes no período de 1 janeiro 1999 a novembro de 2002, admitidos no Serviço de Emergência do HU-UFSC com diagnóstico inicial de Hemorragia Digestiva Alta. Em 274 pacientes foi confirmado o diagnóstico de HDA, sendo incluídos no estudo.

3.2 PROCEDIMENTOS

Este estudo clínico foi delineado de forma prospectiva, descritiva e não intervencionista.

Iniciado em 1 de janeiro de 1999 a 1 de novembro de 2002 foi conduzido em três etapas, por autores diferentes, porém com utilização de mesma metodologia.

A primeira etapa corresponde ao período 1 de janeiro de 1999 a 17 de setembro de 1999, envolvendo 65 pacientes. A segunda etapa, entre outubro de 1999 e agosto de 2001, com inclusão de mais 115 pacientes e na terceira etapa, entre setembro de 2001 a novembro de 2002, com casuística de 94 pacientes, perfazendo total de 274 pacientes.

Como critério de inclusão no estudo foi estabelecido pacientes provenientes da comunidade, com diagnóstico inicial de HDA. Nos pacientes que apresentaram mais que uma internação no período de 1 janeiro 1999 a novembro de 2002, a internação mais recente foi considerada e incluída na pesquisa.

Como critérios de exclusão foram adotados a transferência do paciente para outra instituição ou evasão hospitalar. Gestantes e crianças também foram excluídas da casuística.

Vinte e sete pacientes foram excluídos da casuística, sendo que em três pacientes foi diagnosticado abdome agudo obstrutivo, em doze pacientes hemorragia digestiva baixa foi confirmada durante a internação, uma paciente gestante, sete pacientes transferidos para outros hospitais da cidade e quatro por evasão do hospital.

Todos os pacientes incluídos no estudo foram submetidos a um questionário durante a internação (Apêndice 1), exceto quando em condições de impossibilidade absoluta, como no caso de pacientes com confusão mental ou coma. Realizou-se acompanhamento diário dos pacientes, sempre pelo mesmo observador (autor).

Foram considerados importantes na evolução a necessidade de reposição de sangue, expressa em unidades de concentrado de hemácias (CH), o desenvolvimento de complicações e o tempo de internação definidos pelo médico assistente até alta hospitalar, ou óbito. A necessidade de cirurgia ou internação em UTI foi determinada por membros do Serviço de Cirurgia ou da Unidade de Terapia Intensiva do HU, respectivamente.

O volume sangüíneo exteriorizado pelo paciente antes da internação hospitalar, foi obtido por medida aproximada.

A quantidade diária de álcool ingerida (em gramas) foi estimada utilizando-se tabela em anexo (Anexo 1).

Os dados de exame físico foram obtidos do prontuário do paciente, observando-se sempre a primeira medida quando do aparecimento de dois ou mais valores. Quando não constava, na ficha de atendimento, a descrição da posição de medida de pressão arterial (PA) e frequência cardíaca, foi considerada a posição de decúbito dorsal. Em “exames laboratoriais”, foi registrado o valor de hematócrito e hemoglobina na admissão e 24 horas depois, o tempo e atividade da protrombina (TAP), tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPA), o número de plaquetas, bilirrubinas totais e o valor da bilirrubina direta e creatinina. A endoscopia digestiva alta (EDA) realizada por membros do Serviço de Gastroenterologia do HU-UFSC, conforme critério médico, após estabilização hemodinâmica dos pacientes. Alguns pacientes foram submetidos a mais de um exame, para fins diagnósticos ou terapêuticos, sendo considerado, para o estudo, o primeiro exame realizado. A EDA não foi realizada em casos de recusa do paciente ou por estes não apresentarem sangramento clinicamente significativo, conforme critério do médico que os assistia. Quando necessário, foram realizados, durante os exames endoscópicos, biópsias e procedimentos terapêuticos (alcoholização ou escleroterapia). Quando havia mais de uma lesão, procurou-se optar por uma delas como a causa mais

provável do sangramento, a critério do médico endoscopista responsável pelo exame. Os achados endoscópicos foram classificados conforme o laudo emitido pelo Serviço de Endoscopia do HU-UFSC.

Intervalo de tempo livre é considerado o intervalo de tempo compreendido entre o início dos sintomas(hematêmese e/ou melena e/ou enterorragia) e a chegada do paciente ao Serviço de Emergência do HU.

Foram determinados pontos de corte para análise estatística, para as diversas características clínicas e laboratoriais estudadas, acima ou abaixo dos quais avaliou-se os possíveis critérios de prognóstico. Valores de 1000 ml para o volume exteriorizado como hematêmese, 100 mmHg para a PA sistólica, 60 mmHg para a PA diastólica, 100 bpm para a frequência cardíaca, 30% para o hematócrito, 10 mg/dl para a hemoglobina, 1,7 mg/dl para a creatinina, 50% para o TAP e 2 unidades de concentrado de hemácias para o volume reposto foram os mais freqüentemente observados na literatura, sendo incorporados a este estudo.^{6,21}

3.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para análise estatística, utilizou-se a técnica de regressão linear, realizada através do programa de computador Epi-info 6.04b. Noventa e cinco variáveis pesquisadas (incluindo dados de anamnese, exame físico, exames laboratoriais, exame endoscópico e perfil evolutivo) foram submetidas à análise univariada, tendo-se, como variável dependente (y), o óbito. Foram selecionadas, a seguir, as variáveis estatisticamente significativas ($p < 0,05$). Posteriormente, realizou-se a regressão linear multivariada, sob a forma *stepwise*, para a seleção das variáveis no modelo final, com critério de $p < 0,05$. A análise estatística multivariada usou a regressão logística com o óbito, como desfecho, e as variáveis que mostraram-se estatisticamente significativas na análise univariada, como preditores.

4. RESULTADOS

Duzentos e setenta e quatro pacientes foram entrevistados, cento e noventa e seis (71.5%) pacientes do sexo masculino e setenta e oito pacientes do sexo feminino (28,5%).

As idades variaram entre 15 e 95 anos, com média de 54,8 anos (± 18 anos). Seis pacientes com idade inferior a 20 anos, cinquenta e oito pacientes entre 21 e 40 anos, 100 pacientes entre 41 e 60 anos, 87 pacientes entre 61 e 80 anos e 23 pacientes com mais de 80 anos.

Tabela I. Distribuição, em número absoluto e porcentagem, dos 274 pacientes admitidos no Serviço de Emergência do HU / UFSC com diagnóstico de HDA, no período de janeiro de 1999 a novembro de 2002, segundo sexo e idade em anos.

IDADE	SEXO FEMININO n (%)	SEXO MASCULINO n (%)
0-20 anos	0	6 (2,2)
21-40	15 (5,5)	43 (15,7)
41-60	16 (5,9)	84 (30,7)
61-80	32 (11,6)	55 (20,0)
>80	15 (5,5)	8 (2,9)
TOTAL	78 (28,5)	196 (71,5)

Fonte: Protocolo aplicado a pacientes admitidos no Serviço de emergência HU-UFSC por HDA entre janeiro de 1999 a novembro de 2002

Cerca de 40% dos pacientes (110 pacientes) foram admitidos nas primeiras 24 horas após o início dos sintomas. O tempo máximo de procura por auxílio hospitalar foi de 90 dias.

A manifestação clínica de exteriorização do sangramento digestivo mais frequente foi a associação de hematêmese e melena, seguida por hematêmese isolada.

O volume de sangramento estimado foi, em média, 1000ml.

Tabela II. Distribuição em número absoluto e percentual, dos pacientes admitidos no HU-UFSC por HDA segundo intervalo de tempo decorrido entre o início das manifestações por sangramento (em horas) e procura do Serviço de Emergência

TEMPO DE SANGRAMENTO	n	(%)
≤24 Horas	104	38
25-48 Horas	72	26,2
48 Horas	90	32,8
Ignorados	8	3

Fonte: Protocolo aplicado a pacientes admitidos no Serviço de emergência HU-UFSC por HDA entre janeiro de 1999 a novembro de 2002

Tabela III. Distribuição em número absoluto e percentual, dos pacientes admitidos no HU-UFSC por HDA segundo a forma de manifestação inicial do sangramento digestivo

MANIFESTAÇÃO INICIAL DA HDA	n	(%)
hematêmese	72	26
melena	67	24
enterorragia	3	1,1
hematêmese + melena	95	35
hematêmese + enterorragia	17	6,2
melena+ enterorragia	11	4
hematêmese+ melena + enterorragia	9	3,3

Fonte: Protocolo aplicado a pacientes admitidos no Serviço de emergência HU-UFSC por HDA entre janeiro de 1999 a novembro de 2002

Vinte e cinco pacientes (9,1%) apresentaram síncope como manifestação clínica associada ao sangramento digestivo.

Cerca de 20% dos pacientes (54 pacientes) utilizavam ácido acetil-salicílico (AAS), com média diária de 600mg, mínimo de 100 mg e máximo de 3 gramas/dia, com tempo médio de uso de 6 dias, máximo de 90 e mínimo de 1 dia.

Trinta e oito pacientes (13,9%) referiram uso de antiinflamatório não esteroide, 19 pacientes (6,9%) bloqueadores H2 e 13 pacientes (4,7%) bloqueador de bomba de prótons.

Cerca de 45% dos pacientes (n=126) consumiam bebidas alcoólicas regularmente. A média diária da ingesta de etanol foi de 176 g, máximo de 900g /dia e mínimo de 4 g/ dia .O tempo médio de consumo de 23 anos (\pm 12 anos), máximo de 60 e mínimo de 1 ano.

Tabela IV. Consumo alcoólico médio diário em gramas de etanol/ dia, nos 274 pacientes atendidos no Serviço de Emergência do HU/ UFSC com HDA, no período de janeiro de 1999 a novembro de 2002

DOSAGEM DE ETANOL (em gramas)	n (%)
≤ 20 g/d	20 (7,3)
21-40 g/d	15 (5,5)
41-60	12 (4,4)
61-80	5 (1,8)
> 80	58 (21,1)
Indeterminado	16 (5,9)
Não usuários	148 (54)

Fonte: Protocolo aplicado a pacientes admitidos no Serviço de emergência HU-UFSC por HDA entre janeiro de 1999 a novembro de 2002

História prévia de sangramento digestivo foi relatada por 113 pacientes (41,2%) e 142

pacientes (52,4%) referiram sintomas dispépticos prévios.

As duas comorbidades mais frequentemente observadas foram a hepatopatia crônica e a hipertensão arterial sistêmica em 88 e 67 pacientes, respectivamente.

Tabela V. Distribuição em número absoluto e percentual, dos 274 pacientes admitidos no HU-UFSC por HDA no período de janeiro de 1999 a novembro de 2002, segundo comorbidades associadas ao diagnóstico inicial de HDA

COMORBIDADES	n	(%)
hepatopatia crônica	88	32,1
hipertensão arterial sistêmica	67	24,5
diabetes mellitus	33	12,0
insuficiência cardíaca	31	11,3
doença pulmonar obstrutiva crônica	18	6,6
acidente vascular encefálico	17	6,2
insuficiência renal crônica	14	5,1
insuficiência coronariana	9	3,3
neoplasia	8	2,9
infecção do trato urinário	7	2,6
síndrome da imunodeficiência adquirida	5	1,8
pneumonia	2	0,7

Fonte: Protocolo aplicado a pacientes admitidos no Serviço de emergência HU-UFSC por HDA entre janeiro de 1999 a novembro de 2002

A média da pressão arterial (PA) sistólica foi de 110 mmHg, com 59 pacientes (21,7%) com PA sistólica menor que 100mmHg e 44 pacientes (16,5%) com PA diastólica inferior a 60 mmHg. A frequência cardíaca média foi de 91 bpm (± 19 bpm). Setenta e quatro pacientes (27%) apresentaram frequência cardíaca superior a 100 batimentos por minuto.

O valor médio do hematócrito dos pacientes foi 30,6% e em 45 pacientes (16,4%) o hematócrito da admissão era inferior a 20%. A média do valor da hemoglobina da admissão

foi de 9,4g/dl, sendo que 26 pacientes (10%) internaram com valores de hemoglobina inferiores a 6 g/dl.

Tabela VI. Distribuição em número absoluto e percentual, dos 274 pacientes admitidos no HU-UFSC por HDA, no período de janeiro de 1999 a novembro de 2002, segundo hematócrito da admissão

HEMATÓCRITO	n	(%)
≤20%	45	16,4
20,1-30	110	40,1
30,1-40	84	30,7
>40%	27	9,9
Não dosada	8	2,9
TOTAL	274	100

Fonte: Protocolo aplicado a pacientes admitidos no Serviço de emergência HU-UFSC por HDA entre janeiro de 1999 a novembro de 2002

Tabela VII. Distribuição em número absoluto e percentual, dos 274 pacientes admitidos no HU-UFSC por HDA, no período de janeiro de 1999 a novembro de 2002, segundo a hemoglobina da admissão (em g/dl)

HEMOGLOBINA	n	(%)
≤6	28	10,2
6.1-8.0	73	26,6
8.1-10.0	59	21,5
10.1-12.0	39	14,2
>12	61	22,3
Não solicitados	14	5,2
Total	274	100

Fonte: Protocolo aplicado a pacientes admitidos no Serviço de emergência HU-UFSC por HDA entre janeiro de 1999 a novembro de 2002

Duzentos e quarenta e dois pacientes (88%) tiveram suas plaquetas contadas, com valor médio de 203.000 plaquetas/mm³ (\pm 135.000). Quarenta pacientes apresentaram entre 50.000 e 100.000 plaquetas/mm³ e 13 pacientes (5,4%) valor inferior a 50.000 plaquetas/mm³.

O tempo e a atividade da protrombina (TAP) foram dosados em 192 pacientes (70% da casuística). Sessenta e nove pacientes apresentaram TAP inferior a 50%, destes 13 pacientes (6,8%) apresentaram atividade da protrombina inferior a 30% e 56 pacientes (29,1%) entre 30 e 50%. A média da atividade foi de 62% (\pm 22,4).

Tabela VIII. Distribuição em número absoluto e percentual, dos 274 pacientes admitidos no HU-UFSC por HDA, no período de janeiro de 1999 a novembro de 2002, segundo a atividade da protrombina (em %)

ATIVIDADE DA PROTROMBINA	n	%
<30%	13	4,8
30%-50%	56	20,4
>50%	123	44,9
Não solicitada	82	29,9
Total	274	100

Fonte: Protocolo aplicado a pacientes admitidos no Serviço de emergência HU-UFSC por HDA entre janeiro de 1999 a novembro de 2002

O TTPA foi dosado em 101 pacientes (36,8%), sendo que destes 75 % apresentavam relação D/N superior a 1,3.

A creatinina foi dosada em 221 (80,6%) pacientes. Excluindo-se os pacientes sabidamente portadores de insuficiência renal (14 pacientes), 22 pacientes (15,4%) apresentaram creatinina maior que 1,7 mg/dl na admissão.

Duzentos e quarenta e nove pacientes (90,9 %) foram submetidos à EDA para fins diagnósticos ou terapêuticos. Cento e noventa pacientes foram submetidos 01 vez ao procedimento e 59 pacientes (24%) mais de 1 vez.

Sangue na luz do estômago à EDA foi encontrado em 50 pacientes (20%), sangramento visível em 16 pacientes (6,4%), vaso visível em 42 pacientes (16,9%). Presença de coágulo e hematina em 98 e 33 pacientes, respectivamente 39,3 e 13,3%.

Tabela IX. Distribuição em número absoluto e percentual, dos pacientes admitidos no HU-UFSC por HDA submetidos a EDA (n=249), no período de janeiro de 1999 a novembro de 2002, segundo achados endoscópicos

ACHADOS ENDOSCÓPICOS	PRESENTES n (%)	AUSENTES n(%)	TOTAL n (%)
sangue na luz do estômago	50 (20,0)	199 (80)	249 (100)
sangramento visível	16 (6,4)	233 (93.6)	249 (100)
vaso visível	42 (16,9)	207 (83.1)	249 (100)
coágulo	98 (39,3)	151 (60.7)	249 (100)
hematina	33 (13,3)	216 (86.7)	249 (100)

Fonte: Protocolo aplicado a pacientes admitidos no Serviço de emergência HU-UFSC por HDA entre janeiro de 1999 a novembro de 2002

Os achados endoscópicos mais frequentes foram varizes de esôfago e úlcera gástrica com 33,3% e 27%, respectivamente. (Tabela X)

A causa mais frequente do sangramento digestivo foi a úlcera gástrica em 60 pacientes (24%), seguida por ruptura de varizes de esôfago em 51 pacientes (20,5%) (TabelaXI)

Tabela X. Distribuição em número absoluto e percentual, dos pacientes admitidos no HU por HDA submetidos à EDA (n=249), no período de janeiro de 1999 a novembro de 2002, segundo achados endoscópicos

ACHADOS ENDOSCÓPICOS	n (%)
varizes de esôfago	83 (33,3)
úlcera gástrica	67 (27)
gastrite	58 (23,3)
esofagite	53 (21,3)
úlcera duodenal	45 (18)
duodenite	40 (16)
gastropatia congestiva	28 (11,2)
erosão gástrica	25 (10)
normal	9 (3,6)
pólipo	6 (2,4)
telangiectasia	6 (2,4)
delafoy	4 (1,6)
mallory weiss	4 (1,6)

Fonte: Protocolo aplicado a pacientes admitidos no Serviço de emergência HU-UFSC por HDA entre janeiro de 1999 a novembro de 2002

Duzentos e sessenta e seis pacientes foram internados, com média de internação foi de 9 dias. Oito pacientes permaneceram em observação por um período inferior a 24 horas.

Setenta e quatro pacientes (27%) apresentaram complicações durante a internação, sendo a mais freqüente o ressangramento seguida pela insuficiência renal aguda.(TabelaXII)

Cento e quarenta e sete pacientes (53,6%) necessitaram receber concentrado de hemácias, com média de 4 concentrados por paciente.

Tabela XI. Distribuição em número absoluto e percentual, dos pacientes admitidos no HU-UFSC por HDA que foram submetidos à EDA (n=249), segundo a causa mais provável do sangramento digestivo

CAUSA DA HDA	n (%)
úlcera gástrica	60 (24,0)
varizes de esôfago	51 (20,5)
úlcera duodenal	38 (15,2)
gastrite	26 (10,5)
esofagite	14 (5,6)
outros	44 (18)
indeterminado	16 (6,4)

Fonte: Protocolo aplicado a pacientes admitidos no Serviço de emergência HU-UFSC por HDA entre janeiro de 1999 a novembro de 2002

Tabela XII. Distribuição em número absoluto e percentual, dos pacientes admitidos no HU-UFSC por HDA, segundo complicações apresentadas durante a internação

COMPLICAÇÕES	n (%)
ressangramento	63 (23)
insuficiência renal aguda	30 (11)
anemia	28 (10,2)
broncopneumonia	23 (8,3)
encefalopatia hepática	15 (5,5)
ascite	14 (5,1)
infecção do trato urinário	10 (3,6)

Fonte: Protocolo aplicado a pacientes admitidos no Serviço de emergência HU-UFSC por HDA entre janeiro de 1999 a novembro de 2002

Os fatores preditivos de ressangramento em pacientes internados por HDA foram: diagnóstico de hepatopatia crônica, presença de sangue na luz do estômago à EDA, varizes de esôfago gastropatia congestiva como achado endoscópico e ou causa de HDA, gastropatia congestiva como achado endoscópico, necessidade de concentrado de hemáceas, insuficiência renal aguda, ascite e encefalopatia hepática como complicações.

Tabela XIII. Fatores preditivos de ressangramento em pacientes internados no HU por HDA, segundo valores de *Odds Ratio* e *p-value*

VARIÁVEIS	<i>Odds Ratio</i>	<i>p- value (p<0.05)</i>
1.hepatopatia crônica	12,00	0,0005
2.presença de sangue na luz do estômago	7,16	0,0074
3.varizes de esôfago como achado endoscópico	16,21	0,0000
4.varizes de esôfago como causa da HDA	13,94	0,0001
5.gastropatia congestiva como achado endoscópico	11,57	0,0006
6.reposição de concentrado de hemáceas	20,43	0,0000
7.insuficiência renal como complicação	23,76	0,0000
8.ascite como complicação	7,79	0,0052
9.encefalopatia hepática como complicação	32,63	0,0000

Fonte: Protocolo aplicado a pacientes admitidos no Serviço de emergência HU-UFSC por HDA entre janeiro de 1999 a novembro de 2002

A escleroterapia foi realizada em 66 pacientes (24%). Vinte e um pacientes (7,7%) necessitaram de cuidados intensivos no HU.

Dez pacientes (3,7%) foram submetidos a cirurgia, três destes para exérese de tumor gástrico, 1 paciente para retirada de pólipos duodenais e 6 pacientes decorrente de cirurgia de emergência, pois apresentavam achados endoscópicos como varizes de esôfago, úlcera gástrica e varizes de fundo gástrico, responsáveis pela HDA.

Trinta e oito pacientes foram a óbito (14%). A média de idade dos pacientes que foram a óbito foi de 57,5 anos, com idade mínima de 25 e máxima de 95 anos.

Nos pacientes que necessitaram de escleroterapia a taxa de mortalidade foi de 18,1%. Naqueles pacientes submetidos à cirurgia de emergência a taxa foi de mortalidade de 67%. A taxa de mortalidade dos pacientes em UTI foi de 80,9% (17 pacientes).

As variáveis com significância estatística para critério prognóstico para óbito segundo o teste do qui-quadrado e valor de $p < 0,05$ foram: hematêmese como exteriorização do sangramento digestivo, presença de comorbidades, comorbidades específicas como hepatopatia crônica e infecção do trato urinário (ITU) à admissão, uso prévio de ácido acetil-salicílico, evolução a encefalopatia hepática, ascite, insuficiência renal aguda, ITU e ressangramento como complicações durante a internação além de necessidade de cirurgia ou de tratamento em UTI. As variáveis endoscópicas presença de varizes de esôfago, sangue vivo na luz do estômago e varizes de fundo gástrico também apresentaram-se significativas, com $p < 0,05$.

A análise através de regressão logística múltipla foi realizada em duas etapas, incluindo e posteriormente excluindo UTI como variável preditiva de óbito. As variáveis preditivas por regressão logística múltipla incluindo a variável UTI foram: UTI, insuficiência renal aguda, ITU e ressangramento. Excluindo a variável UTI, foram encontradas as seguintes variáveis como significativas: varizes de fundo gástrico, ressangramento, insuficiência renal e ITU como comorbidade.

Tabela XV. Variáveis com significância estatística para evolução óbito, em análise univariada, segundo teste qui-quadrado

VARIÁVEIS	Qui-quadrado	p (p<0.05)
1.UTI	79,71	0,000
2. insuficiência renal aguda	47,71	0,000
3.ressangramento	32,68	0,000
4.encefalopatia Hepática	32,50	0,000
5.varizes de esôfago	14,08	0,000
6.ascite	13,09	0,000
7.hepatopatia crônica	12,11	0,000
8.ITU como comorbidade	7,85	0,005
9.presença de comorbidades	7,46	0,006
10.hematêmese	4,49	0,034
11.sangue vivo à luz do endoscópio	4,26	0,039
12.ITU como complicação	3,88	0,048
12.cirurgia	3,88	0,048
13.uso prévio de AAS	3,07	0,079
14.varizes de fundo gástrico	2,26	0,133

Fonte: Protocolo aplicado a pacientes admitidos no Serviço de emergência HU-UFSC por HDA entre janeiro de 1999 a novembro de 2002

Tabela XVI. Fatores associados ao óbito em regressão logística múltipla (excluindo UTI como variável)

VARIÁVEIS	<i>p value</i>	<i>Odds Ratio</i>
varizes de fundo gástrico	0,042	6,86
ressangramento	0,004	3,79
insuficiência renal aguda	0,000	10,04
ITU como comorbidade	0,002	21,17

Fonte: Protocolo aplicado a pacientes admitidos no Serviço de emergência HU-UFSC por HDA entre janeiro de 1999 a novembro de 2002

5.DISSCUSSÃO

A média de idade dos pacientes portadores de HDA encontrada na literatura variou entre 50 a 58 anos, sendo compatível com valores encontrados nesta casuística que apresentou média de 55 anos.^{22,23,24}

A idade é citada como fator preditivo de óbito em vários estudos, com pontos de corte para análise estatística que variam entre 60 e 75 anos.^{20,25,26} Uma explicação para este fato seria que pacientes que situam-se nestas faixas etárias são portadores de múltiplas comorbidades, freqüentemente usuários de AAS e antiinflamatórios não hormonais além do uso simultâneo de múltiplas medicações, com queda nos níveis de prostaglandinas na mucosa gástrica e diminuição da integridade vascular, promovendo impacto maior destas drogas no trato digestivo e com repercussões hemodinâmicas de maior monta.^{11,15} No presente estudo a variável idade não apresentou significância estatística para predizer ressangramento ou óbito nos pacientes internados por HDA, apresentando $p>0.05$.

Quanto ao uso de AAS, apesar de apenas 20% dos pacientes referirem uso, a dose média de foi de 600 mg por dia, considerada alta e possível de causar injúria gástrica.²⁷

Verifica-se também um aumento no consumo de antiinflamatórios não esteroidais na população idosa por prescrição médica ou automedicação, devido a osteoartropatias, aumentando o risco de HDA.

As causas de hemorragia digestiva variam de acordo com o local, a população estudada e metodologia utilizada na coleta de dados. Na maior parte das séries a úlcera péptica é responsável pela maior parte dos sangramentos digestivos altos, variando de 24 a 55%.²⁸ Em séries européias e norte-americanas a causa mais comum de HDA parece ser a úlcera péptica duodenal.^{23,25,29} No Brasil os poucos estudos variam quanto aos resultados, em algumas séries prevalecem a úlcera duodenal, varizes de esôfago e LAMGD. No Estado de Santa Catarina, estudos prévios demonstraram predomínio etiológico de úlcera gástrica, acompanhado de um aumento percentual de varizes esofágicas, quando comparada a séries internacionais. No presente estudo esta tendência também foi observada sendo a úlcera gástrica o diagnóstico mais freqüente seguido por varizes de esôfago.^{30,31,32}

Observou-se no entanto que a frequência de úlcera gástrica manteve-se em torno de 23 - 24% nas três etapas da pesquisa contrastando com a incidência de HDA secundária a varizes de esôfago, esta sofreu aumento gradativo nas três etapas de pesquisa com 15%, 19% e 20,5%, respectivamente. A alta frequência em nosso meio de pacientes portadores de varizes de esôfago deve-se a alta prevalência de portadores de hepatopatia crônica de origem viral e hepatopatia crônica de origem alcoólica. Aliado ao fato de o HU ser centro de referência para tratamento endoscópico de pacientes portadores de hipertensão portal, com 90 procedimentos escleroterápicos realizados pelo Serviço de Endoscopia do Hospital Universitário em 2002.¹⁵

Em nossa casuística foram encontrados oitenta e oito pacientes portadores de hepatopatia crônica (32.1%), superando as mais altas taxas encontradas na literatura (3-30%), 60 pacientes destes usuários de álcool, com média de 176g de etanol/dia, consumo médio também superior a outros estudos.²² Pacientes que possuem história de alcoolismo ou achados clínicos de cirrose tem uma mortalidade de 48% por sangramento gastrointestinal, comparado com uma mortalidade de 25% em pacientes sem história de alcoolismo e cirrose.³³ Em nossa casuística, dos 55 pacientes que apresentaram HDA devido a varizes de esôfago e/ou gástricas, cerca de 90% (55 pacientes) eram sabidamente hepatopatas crônicos.

A endoscopia nas primeiras 24 horas, com acurácia média de 78%, é considerada exame de eleição nos pacientes com sangramento digestivo alto. Indicada para diagnóstico, tratamento, auxiliando com parâmetros endoscópicos no prognóstico dos pacientes, reduzindo risco de ressangramento e cirurgia. Vinte e cinco por cento dos pacientes triados nas primeiras 24 horas por meio de EDA podem ser encaminhados ao tratamento ambulatorial ou alta hospitalar, diminuindo ônus ao serviço.^{6,34}

No presente trabalho observou-se que dos 249 pacientes submetidos à EDA no HU por HDA, 45% foram submetidos nas primeiras 24 horas, contrastando com o achado de apenas 6% no mesmo hospital, há mais ou menos uma década atrás, porém ainda aquém dos 64 a 72% observados em outras séries.^{6,34}

A indicação de cirurgia é controversa entre os autores. Estudos citam que pacientes com choque hipovolêmico e estigmas endoscópicos de gravidade teriam indicação cirúrgica e que em idosos o risco operatório parece ser menor que manter um paciente instável hemodinamicamente^{35,36,37}. Nossa casuística 3,6 % dos pacientes foram submetidos a cirurgia. Sessenta por cento destas foram cirurgias de emergência, com mortalidade de 67%,

talvez devido a indicação tardia e prognóstico reservado destes pacientes.

Os critérios para admissão em UTI também são controversos. Alguns admitem que o ressangramento durante a internação como critério, principalmente quando o episódio inicial do sangramento digestivo alto ocasionou instabilidade hemodinâmica.³⁸ Idade acima de 60 anos, queda importante do hematócrito, complicações clínicas significativas, PA sistólica baixa, TAP elevado (em segundos), *status* mental alterado ou comorbidade instável também são apontados.^{39,40} Cerca de oito por cento dos pacientes foram admitidos em UTI, com mortalidade de 80.9%, superior a encontrada na literatura que oscila entre 27%- 54%.²² Associado ao quadro clínico e prognóstico reservado dos pacientes de nossa casuística, o número reduzido de leitos de UTI do HU para atender a toda à demanda do hospital, poderiam justificar a mortalidade em UTI acima da encontrada na literatura.

O atual estudo apresentou mortalidade global de 14 %, concordante com a literatura internacional que varia de 9 a 14%, embora na maioria das séries a mortalidade seja inferior a 10%.^{17,29,34}

Apesar do grande número de trabalhos a nível mundial a respeito de vários aspectos da HDA, estudos que objetivam a elucidação de fatores preditivos de óbito são relativamente poucos e bastante heterogêneos. Alguns estudos analisam em conjunto pacientes portadores de hemorragia digestiva alta e baixa, sendo que a HDA é mais freqüente que hemorragia digestiva baixa e apresenta prognóstico diferente.³⁴ Por outro lado, alguns estudos analisam em conjuntos casos de hemorragia digestiva alta primária com casos de hemorragia digestiva alta secundária a patologias que determinaram a internação do paciente, como traumatismo crânio-encefálico e infarto agudo do miocárdio, que possuem distinções clínicas e prognósticas.²⁵

Os fatores prognósticos de óbito, clínicos, laboratoriais e endoscópicos encontrados na literatura variam conforme os estudos, foram citados: idade superior a 60 anos, história de comorbidade associada tal qual doença cardíaca, respiratória, hepática ou renal, alcoolismo, hemoglobina menor que 10 g/dl, transfusão maior que 6 unidades de concentrados de hemáceas, pressão sistólica inferior a 100 mmHg, ou idade superior a 67 anos com PA sistólica inferior a 80 mmHg e úlcera ou câncer como critério endoscópico.³³

As variáveis estatisticamente significantes para pior prognóstico em pacientes com HDA em nosso estudo foram: hematêmese como exteriorização do sangramento digestivo,

presença de comorbidades, comorbidades específicas como hepatopatia crônica e infecção do trato urinário (ITU) à admissão, uso prévio de ácido acetil-salicílico, evolução com encefalopatia hepática, ascite, insuficiência renal aguda, ITU e ressangramento além de necessidade de cirurgia ou de tratamento em UTI. As variáveis endoscópicas presença de varizes de esôfago, sangue vivo na luz do estômago e varizes de fundo gástrico também apresentaram-se significativas, concordando com a literatura.^{37,41}

Excluindo-se admissão em UTI da análise, pois a mesma é sujeita a interferência de outras variáveis independentes, isoladamente foram estatisticamente significativas varizes de fundo gástrico, ressangramento, insuficiência renal e ITU como comorbidade. Dos fatores apontados pelo estudo, infecção do trato urinário não está presente na literatura, podendo representar viés de amostra.

Os outros fatores como ressangramento, varizes de fundo gástrico como causa da mesma, são considerados fatores de mau prognóstico concordando com a literatura.^{26,42}

6.CONCLUSÃO:

1. As variáveis estatisticamente significantes preditivas de óbito em pacientes com HDA através de análise univariada são: hematêmese, presença de comorbidades, hepatopatia crônica, infecção do trato urinário, uso prévio de AAS, encefalopatia hepática, ascite, insuficiência renal aguda, ressangramento, varizes de esôfago, presença de sangue na luz do estômago, varizes de fundo gástrico, cirurgia e tratamento em UTI.

Isoladamente, varizes de fundo gástrico, ressangramento, insuficiência renal e infecção do trato urinário como comorbidade, foram estatisticamente significantes como fatores preditivos de mau prognóstico .

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho adotou as normas da Resolução número 001/2001 aprovada em reunião do Curso de Graduação em Medicina em 05 de julho de 2001.

REFERÊNCIAS

1. Jutabha R, Jensen DM. Acute upper gastrointestinal bleeding. In: Current diagnosis and treatment in gastroenterology. Ed. Connecticut: Appleton and Lange; 1996. p. 47 – 85.
2. Mills, PR. Upper Gastrointestinal Hemorrhage. Curr Opin Gastroenterol 1991;7:920-4.
3. Dulai SG, Graineck IM, Oei TT, Chang D, Alofaituli G, Gornbein J, et al. Utilization of health care resources for low risk patients with acute, nonvariceal upper GI hemorrhage: an historical cohort study. Gastrointest Endosc 2002;55(3):321-7
4. Kaplan RC, Heckbert SR, Koepsell TD, Furberg CD, Polak JF, Schoen RE, et al. Risk factors for hospitalized gastrointestinal bleeding among older persons. Journal of the American Geriatrics Society 2001;49(2):126-133.
5. Higham J, Kang JY, Majeed A. Recent trends in admission and mortality due to peptic ulcer in England: increasing frequency of haemorrhage among older subject. GUT 2002;50:460-464.
6. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC. Selection of patients for early discharge or outpatient care after acute upper gastrointestinal hemorrhage. Lancet 1996;347(9009):1138-40.
7. Papini JW, Andreollo NA, Santos JOM, Montes CG, Almeida JRS, Guerrazzi F, *et al.* A hemorragia digestiva alta na úlcera péptica- experiência do Gastrocentro-Unicamp. Gastroenterol Endoscopic Dig 1998;17(3):87-92.

8. Eltha GH. Approach to the patient with gross gastrointestinal bleeding. In: Yamada T, editors. Gastroenterology, 2nd ed. Philadelphia: JB Lippincott Company;1995: 671-85.
9. Cello JP. Hemorragia digestiva. In: Bennet JC, Plum F, *et al*, editors. Trat Med Int, 20^a ed. Brasil:Guanabara-Koogan, 1997:709-13.
10. Elta GH. Approach to the patient with gross gastrointestinal bleeding. In: Yamada T, editor. Yamada textbook of gastroenterology. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999,p714-43.
11. Farrel JJ, Friedman LS. Gastrointestinal Bleeding in older people. Gastroenterol Clin North Am 2000; 29 (1):1-36.
12. Diaz SH, Rodrigues AG. Incidence of upper gastrointestinal bleeding/perforation in the general population: Review of epidemiologic studies. Journal of Clinical Epidemiology2002 (55):157-163.
13. Sorensen HT, Mellemkjaer L, Blot WJ, Nielsen GL, Steffensen FH, McLaughlin JK, et al. Risk of upper gastrointestinal bleeding associated with use of low dose of aspirin. Am J Gastroenterol 2000; 95(9):2218-2223.
14. Malluta EF, Côrrea EBD, Filho OG, Hallal AL, Borini O. Fatores preditivos de óbito em hemorragia digestiva alta no Hospital Universitário- Universidade Federal de Santa Catarina. Gastroenterol Endoscopic Dig 2001;20(1):7-9.
15. Ornellas AT, Ornellas LC, Souza AFM, Jaburn PD. Hemorragia Digestiva Aguda Alta e Baixa. In: Dani R, editor. Gastroenterologia essencial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p. 3-7.
16. Gomes GF, Pisani JC, Macedo ED, Carneiro JH, Salvalaggio PRO, Kiatkoski D, *et al*. Hemorragia Digestiva alta não varicosa: estudo prospectivo dos fatores prognósticos. Gastroenterol Endoscopic Dig 2000; 19(4): 147- 150.

17. Wilcox CM, Clark WS. Causes and outcome of upper and lower gastrointestinal bleeding: the Grady Hospital experience. *South Med J* 1999;92(1):44-50.
18. Farrel JJ, Friedman LS. Gastrointestinal Bleeding in the elderly. *Gastroenterol Clin North Am* 2001; 30 (2):377-407.
19. Cameron EA, Pratap JN, Sims TJ, Inman S, Boyd D, Ward M et al. Three-year validation of a pre-endoscopic risk stratification in patients with acute upper-gastrointestinal haemorrhage. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2002;14(5):497-501.
20. Kollef MH, O'Brien JD, Zuckerman GR, Shanon W. BLEED: A classification tool to predict outcomes in patients with acute upper and lower gastrointestinal haemorrhage. *Crit Care Med* 1997;25(7):1125-32.
21. Corley DA, Stefan AM, Wolf M, Cook EF, Lee TH. Early indicators of prognosis in upper gastrointestinal hemorrhage. *Am J Gastroenterol* 1998;93(3):336-40.
22. Jacobs S, Chang BL, Rawaf AA, Pace NC, Salam I. Prediction of outcome in patients with acute variceal haemorrhage. *Br . J. Surg* 1989;76(2): 123-6.
23. Bordley DRA, Mushlin AI, Dolan JG, Richardson WS, Barry M, Polio J *et al* Early clinical signs identify low risk patients with acute upper gastrointestinal hemorrhage. *JAMA* 1985;253:3282-85.
24. Segal F, Prolla JC, Maguilnik I, Wolff FH. Clinical and endoscopic aspects in the evolution of patients with bleeding peptic ulcer. *Arq Gastroenterol* 2000 ;37(3):162-167.
25. Zimmerman J, Siguencia J, Tsvang E, Beerl R, Arnon R. Predictors of mortality in patients admitted to hospital for acute upper gastrointestinal hemorrhage. *Scand J Gastroenterol* 1995;30:327-31.

26. Clason AE, Macleod DAD, Elton RA. Clinical factors in the prediction of further haemorrhage and mortality in acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Br. J. Surg* 1986;73:985-987.
27. Hawkey CJ. Review article: aspirin and gastrointestinal bleeding. *Aliment Pharmacol Ther*, 1994;8(2):141-6.
28. Katz PO, Salas L. Less frequent causes of upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin North Am* 1993;22(4): 875-89.
29. Longstreth, GF. Epidemiology of hospitalization for acute upper gastrointestinal hemorrhage: A population-based study. *Am J Gastroenterol* 1995;90(2):206-10.
30. Silva BJ, Schlindwein SL. Análise de 405 casos de hemorragia digestiva alta no Hospital Santa Isabel [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1988. p. 7.
31. Hohl, A. Hemorragia digestiva alta: análise de 160 casos [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina 1999. p8.
32. Nogueira Filho CS. Hemorragia digestiva alta, diagnóstico etiológico pela endoscopia [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina 1988. p7.
33. Hussain H, Lapin S, Cappel MS. Clinical Scoring for determining the prognosis of gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin* 2000; 29(2).
34. Cooper GS, Chock A, Way LE, Hammar PJ, Harper DL, Rosenthal GE. Early endoscopy in upper gastrointestinal hemorrhage: associations with recurrent bleeding, surgery, and length of hospital stay. *Gastrointest Endosc* 1999;49(2):145-52.

35. Fontes PRO, Mattos AA. Hemorragia digestiva alta. In: Coelho JCU, editor. *Aparelho digestivo*, 2nd ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1996. p285-96.
36. Cohchran TA. Bleeding peptic ulcer: surgical Therapy. *Gastroenterol Clin North Am* 1993;22 (4):751-78.
37. Chang FC, Drake JE, Farha GJ. Massive gastrointestinal hemorrhage in the elderly. *Am J Surg* 1997;134 (6): 721-3.
38. Hannenneman PL. Distúrbios do esôfago e do estômago. In: Markovchick VJ, Pons PT, Wolfe RE, editors. *Segredos em medicina de urgência*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p. 149-54.
39. Jiraneck GC, Kozareck RA. A cost-effective approach to the patient with peptic ulcer bleeding. *Surg Clin North Am*, 1996;76(1):83-103.
40. Lopes GM, Grace ND. Gastroesophageal varices: prevention of bleeding and rebleeding. *Gastroenterol Clin North Am* 1993;22(4):801-20.
41. Olmo JA, Peña A, Serra MA, Wassel AH, Benages A, Rodrigo JM. Predictors of morbidity and mortality after the first episode of upper gastrointestinal bleeding in liver cirrosis. *Journal of Hepatology* 2000;32:19-24.
42. Katschinski B, Logan R, Davies J, Faulkner G, Pearson J, Langman M. Prognóctic factors in upper gastrointestinal bleeding. *Dig Dis Scien* 1994;39(4):706-12.

APÊNDICE 1

QUESTIONÁRIO

DATA DA INTERNAÇÃO: __/__/__ REGISTRO: _____

NOME: _____

SEXO: M () F () IDADE: ____

1. HISTÓRIA:

-tempo de sangramento: _____

-volume de sangramento(ml): _____

-forma de sangramento: hematêmese() melena () enterorragia ()

-outros sintomas: _____

-uso de AAS () dose: ____ tempo de uso : ____ tempo de suspensão: ____

-uso de AINE () dose: ____ tempo de uso: ____ tempo de suspensão: ____

-uso de bloqueador H2 ()

-uso de bloqueador de bomba de prótons: ()

-uso de álcool () quantidade: _____ tempo de uso: _____

-história prévia de sangramento ()

-história prévia de doença péptica ()

-outras doenças: _____

2. EXAME FÍSICO:

PA deitado __/ __

PA sentado __/ __

PA pé __/ __

FC deitado _____

FC sentado _____

FC pé __/ __

Choque ()

3. EXAMES LABORATORIAIS:

-Hematócrito: internação: ____

12h após: ____

24h após: ____

48h após: ____

72h após: ____

-Hemoglobina: internação: ____

12h após: ____

24h após ____

48h após: ____

72h após ____

-TAP: ____

TTPA: ____

PLAQUETAS: ____

-Bilirrubinas: T: ____ D: ____

-Creatinina: ____

4. ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA:

DATA: __ / __ / __

CONCLUSÃO:

DESCRIÇÃO:

Sangue na luz do estômago ()

Sangramento ativo:

Babando () Em jato: ()

Sinais de sangramento recente: Coágulo () Vaso vermelho ()

Vaso Branco () Hematina ()

CAUSA PROVÁVEL DO SANGRAMENTO: _____

() INDETERMINADO

5. EVOLUÇÃO:

-tempo de internação: _____

- reposição de sangue: () unidades: _____
- complicações: respiratórias () _____
- renais () _____
- outras () _____
- escleroterapia () _____
- UTI () _____
- cirurgia () _____

6. ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA:

DATA: __ / __ / __

CONCLUSÃO:

DESCRIÇÃO:

Sangue na luz do estômago () _____

Sangramento ativo:

Babando () Em jato: () _____

Sinais de sangramento recente: Coágulo () Vaso vermelho () _____

 Vaso Branco () Hematina () _____

CAUSA PROVÁVEL DO SANGRAMENTO: _____

() INDETERMINADO

ALTA: __ / __ / __

ÓBITO: __ / __ / __

ANEXO 1

TABELA 1. Cálculo da quantidade de etanol aproximada por tipo de bebida alcóolica.

Tipo de bebida alcóolica	Percentagem aproximada de etanol
Cerveja	4 – 6%
Uísque	40 – 50%
Vodka	40 – 50%
Cachaça	40 – 50%
Vinho	10 – 20%

Fonte: Monografias em Toxicologia de Urgência. Fundação Oswaldo Cruz.

**TCC
UFSC
CM
0496**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CM 0496

Autor: Ramos, Fernanda G

Título: Fatores preditivos de óbito em p



972812741

Ac. 253645

Ex.1 UFSC BSCCSM